

Qué hace un representante para la determinación del cumplimiento de requisitos

Usted puede elegir un representante para que lo asista en algunas o en todas las responsabilidades de solicitar u obtener MassHealth. Esta persona debe conocerlo a usted lo suficiente como para responsabilizarse de la exactitud de lo que se manifieste en la determinación del cumplimiento de los requisitos. El representante puede completar la solicitud o actualización y demás formularios exigidos para cumplir con los requisitos de MassHealth, y puede entregarle a MassHealth pruebas de la información proveída en las solicitudes, en las actualizaciones y en los demás formularios de MassHealth, puede informar acerca de cambios en sus ingresos, en su domicilio y otras circunstancias, y recibir copias de todas las notificaciones sobre requisitos de MassHealth que le envíen.

Bajo el reglamento de MassHealth 130 CMR 516.007, MassHealth puede enviar copia de todas las notificaciones sobre requisitos para solicitantes y afiliados a la institución donde reside el solicitante o afiliado, y a su cónyuge que viva en la misma casa, sin que se haya completado el Formulario de designación de representante para la determinación del cumplimiento de requisitos.

Quién puede ser un representante para la determinación del cumplimiento de requisitos

El representante puede ser un amigo, un integrante de la familia, un pariente u otra persona que se preocupe por su bienestar y que acepte ayudarlo. MassHealth no le designará tal representante; el representante es una persona que usted escoge y designa por escrito en este formulario (sírvese completar la **Parte A de la Sección I**, indicando la persona que usted desea le represente en la determinación del cumplimiento de requisitos. Su representante también debe completar la **Parte B de la Sección I**. Si en un futuro usted ya no desea que tal persona sea su representante, debe enviar una carta en la cual comunique esto a la: MassHealth, Privacy and Security Office, 600 Washington Street, Boston, MA 02111.

Si, debido a su estado mental o físico, usted no puede designar por escrito a la persona que desea como representante, otra persona, que actúe en nombre suyo de forma responsable, puede ser su representante si dicha persona certifica, completando para ello la **Sección II**, que usted no puede proveer una designación por escrito y que él o ella actuará en nombre suyo de forma responsable.

El representante para la determinación del cumplimiento de requisitos también puede ser una persona designada de conformidad con la ley para actuar en nombre suyo o en representación de su patrimonio. Esta persona debe completar la **Sección III** y, ya sea usted o esta persona, debe presentar a MassHealth copia del documento legal en el que conste que tal persona es representante suyo o de su patrimonio. Esta persona puede ser tutor o apoderado legal, portador de un poder firmado, o representante para efectos de atención médica, o si el solicitante o afiliado ha fallecido, el administrador o el albacea de su sucesión.

Por favor note: Se exige el Número de Seguro Social (SSN) del solicitante o afiliado, si tal número se ha expedido, salvo que él o ella sólo esté solicitando u obteniendo los beneficios del plan MassHealth Limited, del Plan de seguridad médica infantil [Children's Medical Security Plan (CMSP)], o Healthy Start.

SECCIÓN I: Designación de Representante para la determinación del cumplimiento de requisitos (solicitante o afiliado que puede firmar)

Parte A – la completará el solicitante o afiliado—por favor escriba en letra de molde, salvo la firma.

Certifico que he elegido a la siguiente persona para que sea mi representante para la determinación del cumplimiento de requisitos y que comprendo las obligaciones y responsabilidades de la persona (según se explica anteriormente).

Nombre del representante:

Domicilio del representante:

Teléfono del representante: ()

Parentesco:

Mi nombre:

Mi Nº de Seguro Social:

Mi fecha de nacimiento:

Mi firma:

Fecha:

Parte B – la completará el representante

Certifico que sé suficiente sobre el solicitante o afiliado como para aceptar la responsabilidad de la exactitud de lo manifestado en el proceso de determinación del cumplimiento de requisitos y que comprendo las obligaciones y las responsabilidades que recaerán en mí al ser su representante (según se explica al dorso de este formulario).

Firma del representante para la determinación del cumplimiento de requisitos:

Fecha:

SECCIÓN II: Designación del representante para la determinación del cumplimiento de requisitos (solicitante o afiliado no puede dar una designación por escrito)

La completará el representante—por favor escriba en letra de molde, salvo la firma.

Certifico que sé suficiente sobre el solicitante o afiliado como para aceptar la responsabilidad de la exactitud de lo manifestado en el proceso de determinación del cumplimiento de requisitos, que comprendo las obligaciones y las responsabilidades que recaerán en mí al ser su representante (según se explica al dorso de este formulario) y que esta persona no puede dar una designación por escrito. Cuando corresponda o sea posible, he informado a esta persona que MassHealth me enviará a mi copia de todas las notificaciones de requisitos de MassHealth y está conforme con ello. Cuando corresponda o sea posible, también he informado a esta persona que puede revocar mi designación de representante en cualquier momento mediante el envío de una carta a: MassHealth, Privacy and Security Office, 600 Washington Street, Boston, MA 02111.

Nombre del representante:

Domicilio del representante:

Teléfono del representante: ()

Firma del representante:

Fecha:

Nombre del solicitante/afiliado:

Fecha de nacimiento del solicitante/afiliado:

Seguro Social del solicitante/afiliado:

Parentesco con el solicitante/afiliado:

SECCIÓN III: Designación del representante para la determinación del cumplimiento de requisitos (designado conforme a la ley)

La completará el representante designado conforme a la ley (según se explica al dorso de este formulario)—por favor escriba en letra de molde, salvo la firma. Sirvase adjuntar copia del documento legal correspondiente.

Nombre del solicitante/afiliado:

Seguro Social del solicitante/afiliado:

Fecha de nacimiento del solicitante/afiliado:

Nombre del representante:

Domicilio del representante:

Teléfono del representante: ()

Firma del representante:

Fecha: